Qu'est-ce qui peut tomber à l'examen ?

Référence :

voir l'item I - 10 - Q 163, traité dans notre numéro du 28 février 2006

(Rev Prat 2006;56:439-44)

Seuls des éléments de réponse aux questions, fournis par l'auteur, vous sont communiqués. Cependant, selon les recommandations du CNCI, vos réponses devront être « rédigées » en faisant des phrases et des paragraphes.

Auteurs :

Dr Philippe Genet, Dr Laurent Sutton

Service d'Hématologie, hôpital Victor-Dupouy, 95100 Argenteuil

Un homme de 70 ans consulte pour hyperlymphocytose découverte sur un hémogramme réalisé de façon systématique.
L'interrogatoire retrouve la notion d'une hyperlymphocytose chronique chez un frère. Il n'existe pas de signes généraux (fièvre, sueurs, amaigrissement). Pas d'antécédent signalé. L'examen clinique met en évidence des adénopathies cervicales bilatérales de 1 cm de diamètre environ. Les autres aires ganglionnaires sont libres. Il n'existe pas d'hépatosplénomégalie. Le reste de l'examen clinique est normal.
La numération retrouve : hémoglobine 12 g/dL, leucocytes 15 000/mm3 dont 3400 polynucléaires/mm^3, 10 900 lymphocytes/mm^3, 500 monocytes/mm^3, 200 éosinophiles/mm^3, 0 basophile/mm^3 et 180 000 plaquettes/mm3. Une autre numération réalisée 6 mois auparavant montrait déjà un nombre de lymphocytes augmenté à 8 500/mm^3.

■ QUESTION N° 1

Quel est le diagnostic le plus probable ?

■ QUESTION N° 2

Quel examen biologique permettra d'affirmer le diagnostic ?

■ QUESTION N° 3

Quelles sont les complications à rechercher ? par quels examens ?

■ QUESTION N° 4

En l'absence de complications, faut-il proposer un traitement ?

■ QUESTION N° 5

Quelle surveillance proposez-vous ?

Éléments de réponse

■ RÉPONSE N° 1

Le diagnostic le plus probable chez ce patient de plus de 65 ans est celui de leucémie lymphoïde chronique. Les arguments en faveur de ce diagnostic sont l'antécédent familial, le caractère chronique et peu évolutif de l'hyperlymphocytose.

■ RÉPONSE N° 2

Le diagnostic est confirmé par l'immunotypage des lymphocytes sanguins retrouvant une prolifération de lymphocytes B, CD5 positifs (v. score de Matutes).

■ RÉPONSE N° 3

Une électrophorèse des protides sériques recherchera une hypogammaglobulinémie pouvant favoriser des infections bactériennes. Sur la numération, on vérifiera le chiffre de réticulocytes. Une anémie avec un taux de réticulocytes effondré imposera un myélogramme à la recherche d'une érythroblastopénie. À l'inverse, une anémie avec un taux élevé de réticulocytes orientera vers une anémie hémolytique auto-immune qui sera affirmée par la positivité du test de Coombs direct et par l'effondrement de l'haptoglobine.

■ RÉPONSE N° 4

Non. Il s'agit d'une leucémie lymphoïde de stade A Binet qui ne nécessite pas de traitement spécifique.

■ RÉPONSE N° 5

Surveillance clinique et hémogramme tous les 4 à 6 mois. Un temps de doublement de l'hyperlymphocytose inférieure à 12 mois ou l'apparition de signes généraux voire de complications feront discuter un traitement par un hématologue qui s'appuiera éventuellement sur une étude des critères pronostiques (cytogénétique, expression du CD38, de ZAP70, de l'existence ou non de mutations des gènes codant pour les immunoglobulines).